

对“新产程标准及处理的专家共识（2014）”的理解和说明

中华医学会妇产科学分会产科学组 中华医学会围产医学分会

2014 年, 中华医学会妇产科学分会产科学组参考美国妇产科医师学会 (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) 和美国母胎医学学会 (Society for Maternal-Fetal Medicine, SMFM) 的专家共识^[1], 发布了“新产程标准及处理的专家共识 (2014)” (简称新产程专家共识)^[2], 引起了国内产科医师和助产士的广泛关注^[3]。经过 3 年多的临床实践, 面对新产程专家共识, 产科医师和助产士仍然有一些困惑和争议^[4]。因此, 中华医学会妇产科学分会产科学组和中华医学会围产医学分会认为有必要针对新产程专家共识做深入的理解和说明, 便于指导产科医师和助产士更好地应用新产程专家共识。

一、发布新产程专家共识的目的

20 世纪 90 年代开始, 全球的剖宫产率节节攀升; 2009 年美国的剖宫产率为 32.9%, 其中以“产程异常 (labor arrest)”为剖宫产手术指征者占 1/3, 而“孕妇要求 (maternal request)”的剖宫产只占 3%^[5]; 也就是说, 美国绝大多数孕妇愿意阴道试产, 但由于分娩过程中“产程异常”的过度诊断导致了剖宫产率的升高。针对这一问题, 2012 年, 美国国家儿童健康与人类发展研究所 (National Institute of Child Health and Human Development, NICHD)、ACOG 和 SMFM 召开了降低剖宫产率的专题研讨会, 重点针对如何避免初次剖宫产, 会后发表了总结报告“Preventing the first cesarean delivery (避免初次剖宫产)”^[5]。2014 年, ACOG 和 SMFM 联合发布了专家共识“Safe prevention of the primary cesarean delivery (安全避免初次剖宫

产)”^[1]。该专家共识的内容包括潜伏期延长、活跃期的起始点、活跃期停滞、第二产程延长、引产失败的定义和剖宫产的指征, 通过规范“产程异常”的诊断标准和产时剖宫产术指征, 以降低初次剖宫产率。而更改产程标准的依据很多是来自于 Zhang 等^[6]近年的研究结果, 这些研究结果颠覆了临床应用 50 多年的 Friedman 产程图^[7]。

当前, 我国同样面临降低剖宫产率, 特别是初次剖宫产率的问题。为了降低剖宫产率, 减少“产程异常”的过度诊断, 同时也与国际接轨, 2014 年中华医学会妇产科学分会产科学组参考了 ACOG 和 SMFM 的专家共识, 发布了新产程专家共识^[2]。新产程专家共识推动了 8 年制《妇产科学》教科书第 3 版 (2015 年) 和 5 年制《妇产科学》教科书第 9 版 (2018 年) 有关产程标准的修改。2016 年出版的国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训教材《妇产科学》也采用了新产程的标准来撰写有关的章节。

因此, 无论是 ACOG 和 SMFM 发布的“安全避免初次剖宫产”专家共识, 还是中华医学会妇产科学分会产科学组发布的新产程专家共识, 目的都是为了规范“产程异常”的诊断标准, 减少不必要的产时剖宫产。

二、新、旧产程标准的比较

新产程标准参考中华医学会妇产科学分会产科学组发布的“新产程标准及处理的专家共识 (2014)”^[2], 旧产程标准以 Friedman 产程图为基础, 也就是 2003 年 ACOG 发布的指南^[8]。见表 1。

三、如何应用新产程专家共识

新产程专家共识提供的是一种理念, 建议给予产妇更多的试产时间, 从而带来更多的阴道分娩机会。然而应用新产程专家共识指导阴道分娩时, 需要结合我国的产科实际情况, 结合所在医院的能力

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2018.02.002

通信作者: 漆洪波, 400016 重庆医科大学附属第一医院妇产科, Email: qihongbo728@163.com; 杨慧霞, 100034 北京大学第一医院妇产科, Email: yanghuixia@bjmu.edu.cn

表 1 新、旧产程标准的比较

类别	新产程标准 ^[2] (中华医学会, 2014 年)	旧产程标准 ^[8] (ACOG, 2003 年)
第一产程		
潜伏期		
潜伏期延长	20 h (初产妇); 14 h (经产妇) 不是剖宫产术的指征	20 h (初产妇); 14 h (经产妇) 是剖宫产术的指征
活跃期	宫口扩张 6 cm 为起点	宫口扩张 3~4 cm 为起点
活跃期停滞	宫缩正常, 宫口停止扩张 ≥ 4 h; 宫缩欠佳, 宫口停止扩张 ≥ 6 h (前提: 已破膜且宫口 ≥ 6 cm 后)	宫口停止扩张 ≥ 4 h
活跃期延长	宫口扩张 < 0.5 cm/h	宫口停止扩张 ≥ 8 h 或 < 1.0 cm/h
第二产程		
	初产妇予分娩镇痛可达 4 h 或未予镇痛达 3 h 经产妇予分娩镇痛可达 3 h 或未予镇痛达 2 h	初产妇予分娩镇痛可达 3 h 或未予镇痛达 2 h 经产妇予分娩镇痛可达 2 h 或未予镇痛达 2 h

注: ACOG: 美国妇产科医师学会 (American College of Obstetricians and Gynecologists)

和技术水平, 结合每例产妇的情况 (个体化), 要在保证母婴安全的情况下灵活应用, 不能机械教条地应用^[6]。

1. 潜伏期的管理: 潜伏期延长的发生率仅为 4%~6%。新产程专家共识指出, 潜伏期延长不作为剖宫产术的指征, 但并不意味着仅仅去等待。在潜伏期, 应根据具体情况进行相应的干预: (1) 宫口开大 0~<3 cm 时, 建议每 4 小时进行阴道检查以了解宫口扩张的情况; 如潜伏期已经超过 8 h, 应实施干预, 宫口开大 0~<3 cm 的干预手段主要为支持、镇静、镇痛、休息和缩宫素静脉滴注, 不宜选择剖宫产。(2) 宫口开大 3~<6 cm 时, 每 2 小时进行阴道检查以了解宫口扩张情况, 若无进展应进行干预, 宫口开大 3~<6 cm 应选择人工破膜和缩宫素静脉滴注以促进产程进展。

2. 活跃期的起点是否必须是 6 cm: 个体差异很大。就每例产妇而言, 宫口开大 3~6 cm 都有可能是活跃期的起点。25% 的产妇宫口开大 3 cm 时就进入活跃期, 50% 的产妇是在宫口开大 4 cm 时进入活跃期, 宫口开大 6 cm 时 100% 的产妇进入了活跃期^[9]。最近, 国际上一般将临产开始至宫口开大 4~6 cm 为潜伏期, 宫口开大 4~6 cm 至宫口开全 (10 cm) 为活跃期^[10]。因此, 宫口开大 6 cm 是活跃期最后的起点。新产程专家共识强调 6 cm 为活跃期起点, 也是为了避免活跃期停滞的过度或过早诊断, 同样是为了降低剖宫产率。

3. 活跃期的管理: 活跃期异常应积极处理, 应每 2 小时进行检查, 不可盲目等待活跃期延长或停滞。若出现异常应首先进行阴道检查, 如胎膜未破应人工破膜, 破膜之后观察 1~2 h, 如宫缩不佳应

考虑静脉滴注缩宫素。如果达到活跃期停滞的诊断标准, 可考虑行剖宫产术。

4. 第二产程的处理: 第二产程中转剖宫产术时并发症较多, 应尽量减少。新产程专家共识延长了第二产程的时限, 目的是增加阴道分娩、减少产时剖宫产。1 项大样本量的研究表明, 按照新产程专家共识的诊断标准, 仅 5% 的初产妇和 1%~2% 的经产妇第二产程延长^[11]。同样, 第二产程延长对母儿有潜在风险, 应积极处理, 不可等待第二产程延长的发生。处理手段包括静脉滴注缩宫素加强宫缩、手转胎位、产钳助产或胎头吸引助产等。

总之, 面临新的形势, 应深刻领会新产程专家共识的用意, “有所为” (有产程异常的征兆仍要积极处理), “有所不为” (不轻易实施产时剖宫产), 从而在保障母婴安全的前提下, 应用好新产程专家共识, 进一步降低我国的产时剖宫产率。

本解读专家组成员: 杨慧霞 (北京大学第一医院)、董悦 (北京大学第一医院)、边旭明 (中国医学科学院北京协和医院)、漆洪波 (重庆医科大学附属第一医院)、刘兴会 (四川大学华西第二医院)、贺晶 (浙江大学医学院附属妇产科医院)、胡娅莉 (南京大学医学院附属鼓楼医院)、段涛 (上海市第一妇婴保健院)、张为远 (首都医科大学附属北京妇产医院)、时春艳 (北京大学第一医院)、李博雅 (北京大学第一医院)

参 考 文 献

[1] Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery[J]. Am J Obstet Gynecol, 2014, 210(3):179-193. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.01.026.
[2] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 新产程标准及处理的专家共识 (2014)[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(7):486. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2014.07.002.

- [3] 漆洪波, 杨慧霞, 段涛. 关注和采纳正常产程和产程异常的新标准[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(7): 487-489. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2014.07.003.
- [4] 漆洪波. 新产程标准的推广[J]. 中华医学杂志, 2015, 95(1): 12-14. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2015.01.005.
- [5] Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, et al. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop[J]. Obstet Gynecol, 2012, 120(5): 1181-1193. DOI: http://10.1097/AOG.0b013e3182704880.
- [6] Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes[J]. Obstet Gynecol, 2010, 116(6): 1281-1287. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e.
- [7] Cohen WR, Friedman EA. Perils of the new labor management guidelines[J]. Am J Obstet Gynecol, 2015, 212(4): 420-427. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.09.008.
- [8] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor[J]. Obstet Gynecol, 2003, 102(6): 1445-1454.
- [9] Peisner DB, Rosen MG. Transition from latent to active labor[J]. Obstet Gynecol, 1986, 68(4): 448-451.
- [10] Lee L, Dy J, Azzam H. Management of spontaneous labour at term in healthy women[J]. J Obstet Gynaecol Can, 2016, 38(9): 843-865. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.04.093.
- [11] Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, et al. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor[J]. Obstet Gynecol, 2014, 124(1): 57-67. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000278.

(收稿日期: 2017-07-01)

(本文编辑: 李晔 江琪琪)

• 国外医学动态 •

肥胖女性剖宫产术后联合服用头孢氨苄及甲硝唑可降低手术部位感染率

剖宫产术后手术部位感染(surgical site infection, SSI)是剖宫产术后常见并发症,指剖宫产术后30 d内任何浅表切口、深部切口或器官、组织间隙感染。有研究提示,肥胖为SSI的独立危险因素,与SSI风险增加相关。如何才能有效降低肥胖女性术后SSI发生率呢?2017年9月出版的美国医学会杂志(JAMA)刊登了Valent等的文章,对这一问题进行了研究。

该研究对2010年10月至2015年12月期间在辛辛那提大学医学中心接受剖宫产手术分娩的肥胖女性进行了双盲随机对照研究。入组标准为:孕前体重指数 ≥ 30 ,有剖宫产指征,无免疫缺陷综合征,无头孢氨苄及甲硝唑过敏史,不具备产后抗生素使用指征。共404例纳入本研究,均采用标准剖宫产术式,术前常规静脉注射头孢唑啉2 g。静脉注射头孢唑啉8 h后,将产妇随机分为2组。其中一组口服头孢氨苄和甲硝唑各500 mg,另一组口服安慰剂。口服药物均为每8小时1次,至剖宫产后48 h。术后24~36 h除去切口敷料。每天检查切口,并于术后2~6周评估切口,包括是否存在切口裂开、红肿、硬结或脓肿,以及发热等感染表现。

主要结局方面,研究人群中,总的SSI发生率为10.9%(95%CI: 7.9~14.0),治疗组SSI发生率(6.4%, 13/202)低于安慰剂组(15.4%, 31/201),($RR=0.41$, 95%CI: 0.22~0.77)。将用药时间偏差、药物漏服及产

后失访率对数据的影响计算在内,结果发现,治疗组与安慰剂组间SSI发生率的绝对组间差异为10.9%(95%CI: 6.1%~15.7%)($RR=0.36$, 95%CI: 0.23~0.57)。次要结局方面,治疗组蜂窝织炎发生率(5.9%, 12/202; 95%CI: 2.7%~9.2%)低于安慰剂组(13.4%, 27/201; 95%CI: 8.9%~18.2%),($RR=0.44$, 95%CI: 0.23~0.84)。其他次要结局包括不明原因发热、切口裂开及子宫内膜炎等,2组发生率差异均无统计学意义。

研究者对是否合并胎膜早破进行了进一步分析,结果显示,治疗组胎膜早破者和无胎膜早破者SSI发生率[9.5%(6/60)与30.2%(19/58)],均低于安慰剂组[5%(7/132)与8.7%(12/132)](P 值均 < 0.01)。

因此研究者认为,对于孕前肥胖的剖宫产女性,术后48 h内预防性口服抗生素能够明显降低产后30 d内的SSI发生率。

[文献来源: Valent AM, DeArmond C, Houston JM, et al. Effect of post-cesarean delivery oral cephalexin and metronidazole on surgical site infection among obese women: a randomized clinical trial[J]. JAMA, 2017, 318(11): 1026-1034. DOI: 10.1001/jama.2017.10567.]

(河北省张家口市涿鹿县医院妇产科 陈静
北京大学第一医院妇产科 李奎 供稿)